

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

2 июня 2025 г. № 53

Об утверждении клинического протокола

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8, подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское и взрослое население) с патологической резорбцией зуба» (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной
безопасности Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия наук Беларуси

Управление делами
Президента Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.06.2025 № 53

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Диагностика и лечение пациентов (детское и взрослое население)
с патологической резорбцией зуба»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское и взрослое население) с патологической резорбцией зуба (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K03.3 Патологическая резорбция зубов; K03.30 Патологическая резорбция зубов. Внешняя (наружная); K03.31 Патологическая резорбция зубов. Внутренняя [внутренняя гранулема] [розовое пятно]; K03.39 Патологическая резорбция зубов неуточненная).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

патологическая резорбция зуба – патологический процесс, обусловленный влиянием неблагоприятных факторов, приводящий к убыли твердых тканей (дентина и цемента) корня зуба.

ГЛАВА 2 КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ ЗУБА

4. Патологическую резорбцию зуба классифицируют по течению, форме, глубине поражения, локализации на поверхности корня, распространенности:

4.1. по течению:

прогрессирующая – убыль твердых тканей зуба с тенденцией увеличения размеров резорбции;

преходящая – временный тип резорбции, при котором процесс разрушения сопровождается последующей репарацией твердых тканей зуба;

4.2. по форме:

наружная – деструкция цемента и/или дентина наружной поверхности корня;

внутренняя – повреждение внутрикорневого преддентина и дентина с распространением деструкции в цемент;

4.3. по глубине поражения:

перфорирующая – сквозной дефект стенки корня или корневого канала, образовавшийся вследствие прогрессирования резорбтивного процесса;

неперфорирующая – резорбция без образования сквозного дефекта стенки корня или корневого канала;

4.4. по локализации на поверхности корня:

цервикальная – резорбтивный процесс твердых тканей зуба, который начинается в области шейки зуба с последующим распространением вдоль поверхности корня и вглубь твердых тканей;

срединная – резорбтивный процесс твердых тканей зуба, который начинается и распространяется в средней части корня зуба;

апикальная резорбция – резорбтивный процесс твердых тканей зуба, локализующийся в апикальной трети корня;

4.5. по распространенности:

локализованная – процесс резорбции в области одного зуба;

генерализованная – процесс резорбции в области двух и более зубов.

5. Признаками и критериями, определяющими различные виды патологической резорбции зуба, являются:

данные анамнеза, выявление факторов, приводящих к инициации развития патологической резорбции зуба (воспаление вследствие пульпарной или периодонтальной инфекции; травма – механическая; химическая; окклюзионная; ортодонтическая; сдавление корня опухолью, кистой, другими (ретинированными) зубами; реплантация зуба; общие заболевания);

цвет зуба (розовое окрашивание; серый цвет, характерный для некроза пульпы);

зондирование придесневой области (кровоточивость десны; дефект твердых тканей корня);

осмотр слизистой (воспаление тканей периодонта; наружное отверстие свищевого хода);

пальпация (болезненность слизистой альвеолярного отростка в области причинного зуба);

термометрия (повышенная чувствительность, боль);

электроодонтометрия (обычные или повышенные показатели);

данные лучевых методов исследования (деструкция наружной поверхности корня или внутрикорневого дентина; деструкция зоны периодонтальной связки, разрушение верхушки корня и прилегающей кости).

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ ЗУБА

6. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные, дополнительные инструментальные и физические методы исследования;

консультации врачей-специалистов (врача общей практики, врача-терапевта, врача-педиатра, врача-стоматолога-ортодонта, врача-стоматолога-хирурга).

Основными принципами диагностики патологической резорбции зуба являются:

выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие патологической резорбции зуба, а также определение медицинских показаний к лечению, выбор врачом-специалистом метода и тактики лечения;

дифференциальная диагностика патологической резорбции зуба с кариесом корня зуба и апикальным периодонтитом;

выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с состоянием зуба.

7. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

внешний осмотр и пальпация челюстно-лицевой области;

осмотр ротовой полости с помощью дополнительных инструментов: зондирование, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб и протезов (при их наличии) (индекс интенсивности кариеса – КПУ); оценка слизистой оболочки ротовой полости, гигиены ротовой полости (гигиенический индекс Green, Vermillion – ОНI-S);

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография зубов.

8. Дополнительными диагностическими мероприятиями для дифференцирования патологической резорбции зуба (по медицинским показаниям) являются:

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): конусно-лучевая компьютерная томография зубов; ортопантомография челюстей;

физические методы исследования: электроодонтометрия, термометрия;

консультация врача-специалиста (врача-стоматолога-ортодонта, врача-стоматолога-хирурга, врача-стоматолога-ортопеда, врача общей практики, врача-педиатра);

медицинское фотографирование топографической зоны зубного ряда с причинным зубом для оценки целостности твердых тканей и цвета зуба.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ ЗУБА

9. Общими принципами медицинской профилактики и лечения патологической резорбции зуба являются:

общепринятый эффективный метод медицинской профилактики патологической резорбции зуба – определение и устранение предрасполагающих факторов;

эффективность лечения патологической резорбции зуба определяется длительностью стабилизации достигнутого хорошего результата.

10. Планирование комплексного лечения пациентов с патологической резорбцией зуба включает следующие этапы:

мотивацию к формированию здоровых повседневных привычек, имеющих отношение к стоматологическому здоровью;

гигиенические мероприятия, предупреждающие дальнейшее развитие резорбтивного процесса и его осложнений;

выбор тактики лечения зависит от предполагаемой причины возникновения, глубины резорбции, объема деструкции твердых тканей корня, функциональной ценности пораженного зуба и возможности последующей реставрации зуба.

11. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с патологической резорбцией зуба (проводится врачом-стоматологом-терапевтом) включают:

11.1. обязательные лечебные мероприятия:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене рта, профессиональное удаление зубных отложений до показателей гигиенического индекса Green, Vermillion – OHI-S $\leq 0,3-0,6$);

при наружной цервикальной резорбции зуба – препарирование полости и удаление резорбированной ткани, с последующим пломбированием стеклоиономерным цементом (далее – СИЦ), при перфорации полости зуба – эндодонтическое лечение зуба;

при наружной латеральной и апикальной резорбции зуба – эндодонтическое лечение зуба с временной пломбировкой корневого канала лекарственными средствами на основе гидроксида кальция с последующей постоянной obturацией корневого канала и постановкой постоянной пломбы;

при внутренней резорбции зуба – эндодонтическое лечение зуба с временной пломбировкой корневого канала лекарственными средствами на основе гидроксида кальция с последующей постоянной obturацией корневого канала и постановкой постоянной пломбы;

при преходящей резорбции зуба – устранение патологического воздействия на зуб механических, химических и физических факторов и динамическое наблюдение в течение одного года. При прогрессировании процесса резорбции – эндодонтическое лечение зуба с временной пломбировкой корневого канала лекарственными средствами на основе гидроксида кальция с последующей постоянной obturацией корневого канала и постановкой постоянной пломбы;

при генерализованной резорбции зуба – эндодонтическое лечение зубов с предварительной временной пломбировкой корневого канала лекарственными средствами на основе гидроксида кальция с последующей постоянной obturацией корневого канала и постановкой постоянной пломбы;

11.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

обезболивание с использованием лекарственных средств согласно приложению;

при наружной цервикальной резорбции зуба создание доступа к области резорбции путем отслоения слизисто-надкостничного лоскута (проводится врачом-стоматологом-хирургом по медицинским показаниям), препарирование полости с последующим пломбированием с применением: минералтриоксидагегата (далее – МТА) и изоляцией его

СИЦ или компомером; или материалами на основе кальций силикатного цемента в сочетании с СИЦ и композитом «сэндвич-техникой»;

при наружной апикальной резорбции зуба – эндодонтическое лечение с временной пломбировкой корневого канала лекарственными средствами на основе гидроксида кальция с последующей постоянной obturацией апикальной части корневого канала с применением МТА;

при наружной перфорирующей резорбции – для препарирования и последующего пломбирования участка корня создание доступа со стороны ротовой полости путем отслоения слизисто-надкостничного лоскута (проводится врачом-стоматологом-хирургом по медицинским показаниям), удаление резорбированной ткани, с последующим пломбированием СИЦ или материалами на основе кальций силикатного цемента в сочетании с СИЦ, эндодонтическое лечение зуба с временной obturацией канала лекарственными средствами на основе гидроксида кальция, последующей постоянной obturацией корневого канала и закрытием перфорации МТА;

при внутренней перфорирующей резорбции – эндодонтическое лечение с временной obturацией канала лекарственными средствами на основе гидроксида кальция, последующей постоянной obturацией корневого канала и закрытием перфорации МТА;

при неэффективности лечения патологической резорбции зуба (прогрессировании процесса) и значительном разрушении корня – удаление зуба (проводится врачом-стоматологом-хирургом по медицинским показаниям).

12. Контрольные медицинские осмотры пациента рекомендуется проводить через 6 месяцев после завершения лечения. Последующий динамический контроль состояния зубов рекомендуется выполнять 2 раза в год (каждые 6 месяцев) в течение первого года после лечения и 1 раз в год в следующие 2 года. При каждом контрольном медицинском осмотре проводится повторная оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, зубных протезов, состояния тканей периодонта и слизистой оболочки ротовой полости; оценка гигиенического состояния ротовой полости, идентификация оттенков цвета зуба с резорбцией, лучевые методы исследования: прицельная внутриротовая контактная рентгенография зубов или конусно-лучевая компьютерная томография зубов.

13. Результативность лечения пациентов с патологической резорбцией зуба определяют по следующим критериям:

стабилизация процесса – состояние твердых тканей (дентина и цемента) корня зуба без признаков активности патологического процесса в течение 2 лет;

ремиссия – кратковременная стабилизация в пределах одного года без признаков активности процесса;

рецидив – возобновление прогрессирования резорбции после ремиссии;

улучшение – улучшение показателей состояния твердых тканей (дентина и цемента) корня зуба по сравнению с показателями после подготовительных мероприятий (при преходящей форме патологической резорбции корня);

прогрессирование – состояние твердых тканей (дентина и цемента) корня зуба, при котором параметры объективных тестов свидетельствуют об активности патологического процесса.

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское и взрослое население)
с патологической резорбцией зуба»

Лекарственные средства, применяемые для обезболивания при лечении пациентов с патологической резорбцией зуба

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			

1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку ротовой полости или десну. Лекарственное средство можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
N01B Препараты для местной анестезии			
2	Лидокаин/ Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки ротовой полости, в том числе перед инъекционной анестезией. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/ Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл)	Лекарственное средство предназначено для инъекционного применения в ротовой полости и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры взрослым можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела. Отмечено, что пациенты хорошо переносили дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)